

## مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه‌درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجانی

دکتر ابوالفضل محمدی<sup>(1)</sup>، دکتر بهروز بیرشک<sup>(2)</sup>، دکتر بنفشه غرابی<sup>(3)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی با گروه‌درمانی شناختی سنتی بر عواطف مثبت و منفی و فرایندهای تنظیم هیجانی بود. **روش:** 33 نفر از دانشجویانی که نشانه‌های تحت بالینی اضطراب و افسردگی داشتند، به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و در هشت جلسه گروهی دو ساعته شرکت کردند. **یافته‌ها:** در هر دو گروه، روش درمانی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و عواطف مثبت و منفی اثرگذار بود. تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر گروه‌درمانی فراتشخیصی بر بهبود ارزیابی مجدد ( $p=0/01$ ) و افزایش عاطفه مثبت ( $p=0/001$ ) بود. **نتیجه‌گیری:** اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی بر بهبود عاطفه مثبت و تنظیم هیجانی بیش از گروه‌درمانی شناختی است. کاربردهای بالینی این یافته مورد بحث قرار گرفته است.

**کلیدواژه:** گروه‌درمانی فراتشخیصی؛ گروه‌درمانی شناختی؛ تنظیم هیجانی؛ عاطفه مثبت؛ عاطفه منفی

[دریافت مقاله: 1390/6/12؛ پذیرش مقاله: 1391/7/19]

### مقدمه

روان هستند. شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، به ترتیب، 29 و 21 درصد گزارش شده است (4). این اختلال‌ها هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بسیاری بر جوامع تحمیل می‌کنند (5، 6). هم‌بود دو اختلال با یکدیگر نیز 40 تا 80 درصد گزارش شده است. هم‌چنین این دو اختلال هم‌بود بالایی با سایر اختلال‌ها، از جمله اختلال مصرف مواد، دارند. به دلیل مزمن بودن، عود<sup>2</sup> مکرر و بازگشت<sup>3</sup>، درصد بهبود بدون درمان این اختلال‌ها پایین است (7).

درمان‌های روان‌شناختی کنونی با وجود موفقیت‌های نسبی در مورد اختلال‌های هیجانی، محدودیت‌هایی دارند (8). درمان فراتشخیصی<sup>4</sup>، با رویکرد یکپارچه‌نگر<sup>5</sup>، در پاسخ به این محدودیت‌ها معرفی شده است. درمان فراتشخیصی بر پایه اصول درمان‌های شناختی- رفتاری بنا نهاده شده است و

طی سال‌های اخیر، درمان‌های مؤثر گوناگونی برای اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی، معرفی شده است. تاکنون راهنماها و پروتکل‌های درمانی بسیاری بر اساس رویکردهای شناختی- رفتاری<sup>1</sup> برای این اختلال‌ها منتشر شده است و پژوهش‌های متعددی اثربخشی این شیوه‌های درمانی را نشان داده‌اند (1). با وجود این پیشرفت‌ها، در مورد فرایندها و سازوکارهای اثر روش‌های درمانی دانش کافی وجود ندارد (2). بررسی فرایندها و سازوکارهای روان‌درمانی موضوعی است که به تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در این پژوهش‌ها تلاش می‌شود عوامل میانجی در شکل‌گیری اضطراب و افسردگی شناسایی شوند (3). اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مشکلات جدی سلامت

<sup>(1)</sup> دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی. تهران، خیابان کارگر جنوبی، بعد از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه. دورنگار: 021-55412756 (نویسنده مسئول). E-mail: a-mohammadi@tums.ac.ir <sup>(2)</sup> دکترای تخصصی روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان؛ <sup>(3)</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

1- cognitive-behavioral approach      2- relapse  
3- recurrence                              4- transdiagnostic  
5- unified approach

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه‌درمانی شناختی بر عواطف مثبت و منفی و فرایندهای تنظیم هیجانی انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT138903244178N1 در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران<sup>8</sup> درج شده است، از نوع بررسی‌های مقایسه‌ای<sup>9</sup> یا کارایی نسبی<sup>10</sup> است، که به‌جای مقایسه یک روش درمانی با گروه شاهد بدون درمان یا فهرست انتظار (کارایی مطلق<sup>11</sup>)، دو روش درمانی را بر پایه مقیاس‌های پیامد، با یکدیگر مقایسه می‌کند (25). با توجه به این‌که شناخت درمانی، درمانی مؤثر شناخته شده و رایج‌ترین روش درمانی مورد استفاده است (26) و از سوی دیگر، یکی از انواع گروه‌های شاهد، درمان استاندارد است (27)، می‌تواند در پژوهش حاضر، گروه‌درمانی شناختی را درمان استاندارد به‌شمار آورد که ضمن برطرف کردن مشکلات اخلاقی گروه‌های بدون درمان و کاهش احتمال ریزش، می‌تواند شاهدهی برای عوامل غیراختصاصی درمانی، مانند تماس با درمانگر، نیز باشد.

حجم نمونه بر پایه جدول کوهن<sup>12</sup>، با توان آزمون 0/80، سطح آلفای 0/05 و اندازه اثر 0/8 در هر گروه 10 نفر تعیین شد. 33 دانشجو با شیوه در دسترس از جامعه آماری انتخاب شدند و با در نظر داشتن ملاک‌های ورود و خروج، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه‌درمانی فراتشخیصی) و شاهد (گروه‌درمانی شناختی) قرار گرفتند. ملاک ورود عبارت بود از داشتن نشانه‌های اضطرابی و افسردگی تحت بالینی<sup>13</sup> بر پایه نقطه برش 18 و بالاتر در خرده‌مقیاس افسردگی و 16 و بالاتر در خرده‌مقیاس اضطراب مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس<sup>14</sup> (DASS-42). این نقاط برش بر پایه روش لوویباند<sup>15</sup> و لوویباند (28) تعیین شده است. در این روش برای تعیین سطوح شدت، از نقاط درصدی استفاده شده است که نقاط درصدی 78 و بالاتر سطح شدت خفیف

در آن، اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع اختلال‌های مختلف هیجانی به کار می‌رود (9). با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی رویکرد فراتشخیصی می‌گذرد، توجه ویژه‌ای به این روش جلب شده (10، 11) و اثربخشی آن در درمان اختلال‌های هیجانی نشان داده شده است (12-14).

بیشتر رویکردهای درمانی بر مدل بیماری و کمتر بر جنبه‌های مثبت مراجعان تأکید دارند (15). این در حالی است که در رویکرد مثبت‌نگر<sup>1</sup> می‌توان به‌جای رفع آسیب، به تقویت نقاط قوت فرد پرداخت (16). بر خلاف هیجان‌های منفی، هیجان‌های مثبت کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند (17). پژوهش‌ها نشان داده‌اند هیجان‌ها و عواطف مثبت ممکن است مقاومت فرد را در برابر رویدادهای منفی افزایش دهند و به پیشگیری از بروز اختلال‌های روانی و حتی جسمی منجر شوند (18، 19). عاطفه مثبت به احساس علاقه‌مندی، فعالیت و هشیاری فرد اشاره دارد. هیجان مثبت بالا با انرژی و تمرکز بالا و درگیری در فعالیت‌های لذت‌بخش مرتبط است و عاطفه مثبت پایین با غمگینی و رخوت توصیف می‌شود. عاطفه منفی بعد عمومی ناراحتی ذهنی و درگیری در امور ناخوشایند و متشکل از انواع حالات خلقی ناخوشایند، مثل خشم، تحقیر، نفرت، گناه و ترس، است. عاطفه منفی پایین با آرامش و ملایمت مرتبط است (20). تنظیم هیجانی<sup>2</sup> شامل راهبردهایی است که یک فرد برای دستکاری وقوع، تجربه، مدت، شدت و ابراز هیجان به کار می‌برد. این راهبردها ممکن است درونی (مثل تلاش برای فکر کردن درباره یک احساس ناخوشایند) یا بیرونی (لبخند زدن ضمن احساس غمگینی) باشد (21).

بر اساس مدل فرایندی<sup>3</sup> تنظیم هیجانی (22، 23)، ارزیابی مجدد<sup>4</sup> و فرونشانی<sup>5</sup> دو روش تنظیم هیجانی هستند که در دو راهبرد مجزای تنظیم هیجانی متمرکز بر پیش‌آیند<sup>6</sup> و متمرکز بر پاسخ<sup>7</sup> دسته‌بندی می‌شوند و با پیامدهای متفاوت از نظر هیجانی همراه هستند. در برخی از روش‌های درمانی جدید از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می‌شود. در رویکرد فراتشخیصی نیز بسیاری از تکنیک‌ها با هدف بهبود فرایندهای هیجانی به کار می‌روند (24). افزون بر این، ارزیابی مجدد با تجربه و بیان بیشتر هیجان مثبت و تجربه و بیان کمتر هیجان منفی مرتبط است و فرونشانی با تجربه و بیان کمتر هیجان مثبت و تجربه بیشتر هیجان منفی همراهی دارد (23). بنابراین،

1- positive  
2- emotion regulation  
3- process model  
4- reappraisal  
5- suppression  
6- antecedent-focused  
7- response-focused  
8- Iranian Registry of Clinical Trials  
9- comparative  
10- relative efficacy  
11- absolute efficacy  
12- Cohen  
13- subclinical  
14- Depression, Anxiety, Stress Scale  
15- Lovibond

داده‌های مربوط به 33 نفر پس از پایان مداخله تحلیل شد. از این تعداد 16 نفر به گروه شاهد (گروه درمانی شناختی) و 17 نفر به گروه آزمایش (گروه درمانی فراتشخیصی) تعلق داشتند. این افراد شامل 25 زن (75/8 درصد) و 8 مرد (24/2 درصد) بودند که 6 نفر از آنها دانشجوی کارشناسی ارشد و بقیه دانشجوی کارشناسی بودند. میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سن آزمودنی‌ها  $22/6 \pm 3/1$  سال بود.

مؤلفه‌های درمانی در گروه درمانی فراتشخیصی عبارت است از: 1- آموزش روان‌شناختی درباره هیجان‌ها و آگاهی هیجانی؛ 2- ارزیابی مجدد شناخت‌ها؛ 3- پیشگیری از اجتناب هیجانی؛ و 4- اصلاح رفتارهای هیجان‌برانگیز<sup>2</sup> (EDB) و مواجهه موقعیتی و درون‌زا (24). در جلسه‌های گروه درمانی شناختی نیز مؤلفه‌های زیر آموزش داده شد: 1- آشنایی با مؤلفه‌های هیجان و مدل سه سیستمی هیجان؛ 2- کار با افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی؛ 3- تمرین تزریق فکر و پیکان عمودی؛ 4- دسته‌بندی باورهای ناکارآمد؛ و 5- آموزش تحلیل سودمندی باورها و تحلیل منطقی (34).

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**نسخه بزرگسالان برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV (ADIS-IV) (29)** یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی و تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی است که افزون بر اختلال‌های اضطرابی، ابتلا به اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های جسمانی شکل و اختلال مصرف مواد را نیز ارزیابی می‌کند. با این ابزار می‌توان سطح آسیب و شدت هر اختلال را ارزیابی کرد. درجه‌بندی بالینی شدت<sup>3</sup> (CSR) روی یک مقیاس از صفر (نبود نشانه) تا هشت (بسیار مختل کننده) انجام می‌شود. درجه چهار و بالاتر به‌عنوان نقطه برش برای نشانه‌های بالینی در نظر گرفته می‌شود. نسخه فارسی به‌وسیله محمدی و بیرشک (30) تنظیم شده است.

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) (28)** دارای 42 گویه و سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (هر خرده‌مقیاس 14 گویه) است. ضریب آلفای کرونباخ<sup>4</sup> برای سه خرده‌مقیاس بالا، به ترتیب، 0/91، 0/84 و 0/90 است.

1- Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV

2- Emotion-Driven Behavior

3- Clinician Severity Rating

4- Cronbach's  $\alpha$

5- Beck Depression Inventory

6- Beck Anxiety Inventory

به بالا را تشکیل می‌دهند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از داشتن اختلال‌های محور I، از جمله اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، روان‌پریشی، جسمانی شکل و اختلال مصرف مواد، یک درمان روان‌شناختی یا دارویی هم‌زمان و داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به‌صورتی که شرکت در گروه را با مشکل مواجه کند.

پس از درج آگهی در دانشگاه‌های تهران و مراجعه داوطلبان، ابتدا DASS-42 اجرا شد و کسانی که در خرده‌مقیاس افسردگی نمره 18 و بالاتر و در خرده‌مقیاس اضطراب نمره 16 و بالاتر کسب کرده بودند، بر پایه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV<sup>1</sup> (ADIS-IV) (29) ارزیابی شدند. از میان 57 فردی که ثبت نام کرده بودند، 11 نفر به دلیل مشکلات تحصیلی، مشکل در رفت و آمد یا واضح نبودن آگهی از فهرست ارزیابی اولیه حذف شدند و پنج نفر نیز با بررسی ملاک‌های ورود و خروج از طرح خارج شدند. از میان افراد باقی‌مانده، 20 نفر در گروه گروه درمانی فراتشخیصی و 21 نفر در گروه گروه درمانی شناختی قرار گرفتند.

پس از توضیح درباره پژوهش و شرایط آن و سایر موارد اخلاقی و اخذ رضایت آگاهانه، آزمودنی‌ها به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. ابزارها در پایان دوره درمانی نیز بار دیگر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد در هشت جلسه هفتگی دو ساعته شرکت کردند. محتوای جلسه‌ها، روش‌ها و تکنیک‌ها بر پایه دستورالعمل‌های درمانی منتشر شده و شناخته شده این درمان‌ها بود. در پژوهش حاضر دو جلسه غیبت مجاز بود و سه جلسه غیبت ملاک ریزش در نظر گرفته شد. در ابتدای پژوهش، ضمن ارائه توضیح کافی به تمام آزمودنی‌ها در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها، از آنها رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و به آنها اعلام شد اجازه دارند در هر مرحله از پژوهش از ادامه بررسی انصراف دهند. تأییدیه اخلاقی پژوهش حاضر از طرف کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره 1390/05/10/709/130 در تاریخ 90/د/90 صادر شده است.

از یافته‌های هشت نفر (پنج نفر از گروه گروه درمانی شناختی و سه نفر از گروه گروه درمانی فراتشخیصی)، به دلیل شرکت در تنها دو جلسه، چشم‌پوشی شد و در نهایت،

### یافته‌ها

میانگین سن دو گروه آزمایش ( $22/9 \pm 1/6$ ) و شاهد ( $23/8 \pm 2/7$ ) تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $t=1/12$ ،  $p=0/27$ ). بر اساس آزمون T مستقل، میان نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری دیده نشد (جدول 1). بنابراین، فرایند گمارش تصادفی پیش از اجرای مداخله مورد تأیید است.

آزمون t برای گروه‌های وابسته نشان داد گروه‌درمانی فراتشخیصی به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت و هم‌چنین افزایش نمره‌ها در ارزیابی مجدد و کاهش نمره‌ها در فرونشانی منجر شده است. هم‌چنین این آزمون نشان داد گروه‌درمانی شناختی نیز باعث کاهش عواطف منفی و فرونشانی و بهبود هیجان‌های مثبت و ارزیابی مجدد شده است (جدول 2). گفتنی است که هدف درمان، افزایش نمره ارزیابی مجدد و کاهش نمره فرونشانی بود.

تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های تنظیم هیجانی نشانگر اثربخشی بیشتر گروه‌درمانی فراتشخیصی بر بهبود ارزیابی مجدد ( $F_{30,1}=6/8$ ،  $\eta^2=0/19$ ،  $p=0/01$ ،  $n=33$ ) پس از اتمام فرایند درمان بود. با وجود کاهش نمره دو گروه در فرونشانی، تفاوت دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ( $n=33$ ،  $F_{1,30}=0/34$ ،  $\eta^2=0/01$ ،  $p=0/57$ ).

تحلیل کوواریانس عواطف مثبت و منفی نیز نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر گروه‌درمانی فراتشخیصی بر افزایش عواطف مثبت ( $F_{1,30}=12/88$ ،  $\eta^2=0/3$ ،  $p=0/001$ ) بود، ولی دو روش در کاهش عواطف منفی تفاوت معنی‌داری با یک‌دیگر نداشتند ( $n=33$ ،  $F_{30,1}=0/34$ ،  $\eta^2=0/01$ ،  $p=0/56$ ).

همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>5</sup> (BDI) و پرسش‌نامه اضطراب بک<sup>6</sup> (BAI)، به ترتیب،  $0/81$  و  $0/74$  گزارش شده است. نسخه فارسی این مقیاس به وسیله صاحبی و همکاران (31) تنظیم شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن معتبر گزارش شده است. برای مثال، همسانی درونی سه خرده‌مقیاس بالا، به ترتیب،  $0/77$ ،  $0/79$  و  $0/78$  بوده است. سیاهه عاطفه مثبت و منفی<sup>1</sup> (PANAS) (20) 20 گویه دارد و برای سنجش دو بعد خلقی منفی و مثبت طراحی شده است. گویه‌ها روی مقیاس پنج‌نقطه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این ابزار به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود و با تغییر دستورالعمل آن می‌توان بعد حالتی<sup>2</sup> یا صفتی<sup>3</sup> عاطفه را سنجید. ضریب آلفای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و منفی، به ترتیب،  $0/90$  -  $0/86$  و  $0/84$  -  $0/87$  و ضریب پایایی بازآزمون در بازه‌های زمانی طی هشت هفته، برای عاطفه مثبت و منفی، به ترتیب،  $0/68$  -  $0/47$  و  $0/71$  -  $0/39$  گزارش شده است (20). ضریب آلفای نسخه فارسی  $0/87$  گزارش شده است (33). پرسش‌نامه تنظیم هیجانی<sup>4</sup> (ERQ) (23) 10 گویه و دو خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از فرونشانی و ارزیابی مجدد. گویه‌ها روی مقیاس پنج‌درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی، به ترتیب،  $0/79$  و  $0/73$  و ضریب پایایی بازآزمایی سه‌ماهه  $0/69$  به دست آمده است (23). برای به کارگیری نسخه فارسی این ابزار در پژوهش حاضر، در یک بررسی مقدماتی روی 41 دانشجو با میانگین سن  $22/8$  سال (انحراف معیار  $2/3$ )، همسانی درونی دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی، به ترتیب،  $0/76$  و  $0/71$  بود. پایایی بازآزمایی یک‌ماهه نسخه فارسی روی 32 دانشجو برای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی نیز، به ترتیب،  $0/67$  و  $0/64$  به دست آمد (33). تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-19<sup>5</sup> و با آزمون T مستقل و وابسته و تحلیل کوواریانس<sup>6</sup> (ANCOVA) انجام شد.

جدول 1- مقایسه میانگین (و انحراف معیار) دو گروه گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه‌درمانی شناختی در نمره‌های پیش‌آزمون

خرده‌مقیاس‌ها	گروه‌درمانی شناختی	گروه‌درمانی فراتشخیصی	تفاوت میانگین‌ها	t (p)
ارزیابی مجدد	(4/43) 21/56	(4/29) 20/94	(1/52) 0/62	(0/69) 0/41
فرونشانی	(4/23) 16/94	(4/12) 17/06	(1/45) -0/12	(0/93) -0/08
عواطف مثبت	(6/43) 28/25	(3/92) 29/29	(1/84) -1/04	(0/58) -0/57
عواطف منفی	(4/62) 30/38	(5/23) 30/76	(1/72) -0/39	(0/82) -0/23

## 1- Positive and Negative Affect Schedule

2- state 3- trait

## 4- Emotion Regulation Questionnaire

5- Statistical Package for the Social Science-version 19

6- analyses of covariance

جدول 2- مقایسه میانگین (و انحراف معیار) پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

گروه‌ها	مقیاس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	س.د	ت.د
گروه درمانی فراتشخیصی	ارزیابی مجدد	20/94 (4/29)	24/18	3/18 (1/74)	-7/53 (0/001)
	فرونشانی	17/06 (4/12)	13/76 (4/19)	3/29 (1/4)	9/68 (0/001)
	عواطف مثبت	29/29 (3/92)	36/94 (4/25)	7/94 (4/85)	-6/51 (0/001)
	عواطف منفی	30/76 (5/23)	25/64 (6/35)	5/12 (3/71)	5/69 (0/001)
گروه درمانی شناختی	ارزیابی مجدد	21/56 (4/43)	22/43 (3/59)	-0/88 (3/22)	-1/09 (0/29)
	فرونشانی	16/94 (4/23)	14/31 (4/17)	2/63 (4/57)	2/29 (0/04)
	عواطف مثبت	28/25 (6/43)	31/81 (4/45)	3/56 (4/5)	-3/17 (0/006)
	عواطف منفی	30/38 (4/62)	24/31 (6/25)	6/06 (6/22)	3/89 (0/001)

## بحث

بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی یکی از اهداف درمانی است. یافته‌های این مطالعه نشان داد هم گروه درمانی فراتشخیصی و هم گروه درمانی شناختی بر افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی تأثیر گذار بودند، ولی گروه درمانی فراتشخیصی در بهبود عواطف مثبت به گروه درمانی شناختی برتری داشت ( $p=0/001$ ). این تفاوت ممکن است ناشی از توجه ویژه به هیجان‌ها در رویکرد فراتشخیصی باشد (14). تجربه هیجانی و پاسخ به دو هیجان منفی و مثبت پایه اصلی درمان در این رویکرد است (24).

این پژوهش نشان داد گروه درمانی فراتشخیصی اثربخشی بیشتری نسبت به گروه درمانی شناختی در ارتقای ارزیابی مجدد داشت ( $p=0/01$ ). ارزیابی مجدد یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در مدل گراس<sup>1</sup> و جان<sup>2</sup> (23) است. پردازش تجربه‌های هیجانی در ایجاد و حفظ اختلال‌های هیجانی نقش اصلی را دارد (35). مداخله‌های فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند.

این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش دهد، میزان آسیب را کم کند و کارکرد را ارتقا بخشد. در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آنها در تجربه هیجانی نقش دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (24).

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های بررسی‌های لارد<sup>3</sup> و همکاران (14) هم‌سو است که در آن درمان فراتشخیصی تأثیر معناداری بر عواطف مثبت و منفی داشت. پژوهش‌های کمی نقش مداخله‌های فراتشخیصی را در بهبود تنظیم هیجانی بررسی کرده‌اند. رویکرد فراتشخیصی نقش هیجان و تنظیم هیجانی را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی کلیدی می‌داند (36).

پژوهش اخیر نشان داد به احتمال زیاد مداخله‌های مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی نسبت به رویکردهای سنتی‌تر، تأثیر بیشتری در بهبود تنظیم هیجانی دارند. البته این یافته نیازمند بررسی‌های بیشتر است. اختلال‌های هیجانی تا حدی با تلاش برای کنترل هیجان‌های مثبت و منفی توصیف می‌شوند.

پژوهشگر اصلی انجام شد و این مسأله ممکن است سبب سوگیری‌های فردی پژوهشگر شده باشد.  
[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی نویسنده نخست از دانشگاه علوم پزشکی تهران است].  
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(1):17-31.
2. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007; 3:1-27.
3. Seligman MEP, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther.* 2007; 45(6):1111-26.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(6):593-602.
5. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(7):427-35.
6. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuro Sci Bio Behav Rev.* 1999; 30(4):497-510.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(6): 617-27.
8. Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006; 15(3):146-50.
9. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *J Cog Psychother.* 2009; 23(1):20-33.

افرادى که در ابراز و تجربه هیجان‌های خود مشکل دارند، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی، مثل فرونشانی و اجتناب، پنهان کردن و نادیده گرفتن استفاده می‌کنند که پیامدهای منفی در بر دارند (21، 36). تلاش افراطی برای کنترل تجربه هیجانی منجر به افزایش احساس‌هایی می‌شود که فرد در تلاش برای تنظیم آنهاست. این الگو ممکن است فرد را در چرخه معیوب برانگیختگی هیجانی و روان‌شناختی قرار دهد که به تلاش ناموفق بیشتر، فرونشانی و اجتناب منجر می‌شود که خود در ایجاد ناخوشی روان‌شناختی نقش دارند.  
نشان داده شده است که نقص در تنظیم هیجانی به بروز یا تداوم اختلال‌های هیجانی منجر می‌شود (23). بسیاری از اختلال‌های هیجانی، از جمله اضطراب و افسردگی، با نقص در تنظیم هیجانی ارتباط دارند (36). به‌شکلی سنتی، رویکردهای شناختی-رفتاری بر نقش تنظیم هیجانی تأکید دارند و با دستکاری شناخت‌ها بر تنظیم هیجانی اثر می‌گذارند. اما رویکردهای جدیدتر، مانند رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>4</sup> (DBT) (37) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>5</sup> (ACT) (38)، به‌طور اختصاصی بر نقش تنظیم هیجانی تأکید می‌کنند. در این میان، درمان فراتشخیصی تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد و تکنیک‌هایی اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برد.

پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در نمونه‌های متفاوت، مانند کودکان و سالمندان، و در سطوح مختلفی، مانند مدرسه و خانواده، و به‌صورت چندسطحی انجام شود. فلندر<sup>1</sup> و همکاران (39) بر این باورند که پژوهش‌هایی درباره عوامل محافظتی<sup>2</sup>، تعدیل‌کننده<sup>3</sup> و میانجی برای اختلال‌های هیجانی لازمند. پی‌گیری طولانی‌مدت یافته‌های گروه‌درمانی فراتشخیصی و بررسی سازوکار درمان فراتشخیصی و اثربخشی آن برای مشکلات و اختلال‌های دیگر در پژوهش‌های فرایندها لازم است (14).

در این پژوهش، نمونه دانشجویی تعمیم یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. هم‌چنین پژوهش با ریزش نمونه، به‌دلایلی مانند مشکلات تحصیلی دانشجویان و مشکلات رفت و آمد روبه‌رو بود. در این پژوهش، هر دو شیوه مداخله توسط

1- Gross  
2- John  
3- Ellard  
4- dialectical behavior therapy  
5- acceptance and commitment therapy



16. Ruini C, Fava GA. Clinical applications of well-being therapy. In: Linley PA, Joseph S, editors. Positive psychology in practice. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2004.
17. Fredrickson BL. Positive emotions. In: Snyder CR, Lopez SJ. editors. Handbook of positive psychology. New York (NY): Oxford University Press; 2002.
18. Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol.* 1998; 2(3):300-19.
19. Izard CE. Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychol Bull.* 2002; 128(5): 796-824.
20. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Person Soc Psychol.* 1988; 54(6):1063-70.
21. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
22. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol.* 1998; 2(3):271-99.
23. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Person Soc Psychol.* 2003; 85(2):348-62.
24. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.
25. Staines GL. The relative efficacy of psychotherapy: Reassessing the methods-based paradigm. *Rev Gen Psychol.* 2008; 12(4); 330-43.
26. Rachman S. Psychological treatment of anxiety: The evolution of behavioral therapy and cognitive behavioral therapy. *Ann Rev Clin Psychol.* 2009; 5:97-119.
27. Kendall PC, Flannery-Schroeder EC, Ford JD. Therapy outcome research methods. In: Kendall PC, Butcher JN, Holmbeck GN, editors. Handbook of research methods in clinical psychology. New York: John Wiley & Sons; 1999.
28. Lovibond SM, Lovibond PFM. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales, 2<sup>nd</sup> ed. Australia, Sydney: Psychology Foundation; 2005.
29. Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Adult Version). Albany: Graywind; 1994.
30. Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Adult Version). (Translated by Mohammadi A, Birashk B.) Tehran: Nivand; 2013. [Persian]
31. Sahebi A, Asghari Mj, Salari R. Validation of depression, anxiety, stress scale for Iranian sample. *J Iran Psychol.* 2005; 1:299-312. [Persian]
32. Bakhshipour A, Dezhkam M. Confirmatory factor analyses of positive and negative affects. *J Psychol.* 2006; 9:351-65. [Persian]
33. Soleimani M, Mohammadi A. Validation of Persian version of emotion regulation questionnaire. Unpublished manuscript. Tehran University of Medical Sciences (TUMS). [Persian]
34. Free M. Cognitive therapy in groups (translated by Mohammadi M). Tehran: Roshd; 2006. [Persian]
35. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In: Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York; Guilford Press: 2010.
36. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
37. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
38. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal.* 1994; 17(2):289-303.
39. Feldner MT, Zvolensky MJ. Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2004; 11(4):405-24.



Original Article

Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation

**Abstract**

**Objectives:** The purpose of current study was comparison of transdiagnostic group therapy with classic group cognitive therapy on positive and negative affects and emotion regulation. **Method:** Thirty-three college students with anxiety and depressive symptoms were randomly assigned to two groups and participated in eight two-hour sessions. **Results:** In both groups, the treatment method was effective on emotion regulation components and positive and negative affects after interventions. Analysis of covariance showed the higher effectiveness of transdiagnostic on improvement of reappraisal ( $p=0.01$ ) and increase of positive affection ( $p=0.001$ ). **Conclusion:** The effectiveness of transdiagnostic group therapy in improving emotion regulation and positive affects was higher than classic group cognitive therapy. Clinical implications of findings are discussed.

**Key words:** *transdiagnostic group-therapy; emotion group therapy; emotion regulation; positive affection; negative affection*

[Received: 3 September 2011; Accepted: 10 October 2012]

Abolfazl Mohammadi\*, Behrooz Birashk<sup>a</sup>, Banafsheh Gharaie<sup>a</sup>

\* Corresponding author: Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-55412756

E-mail: a-mohammadi@tums.ac.ir

<sup>a</sup> Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

194  
194